FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° ~~190~~ 191

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 *juin* 1882, *à* 1 *heure.*

PAR MLLE HELEN JOHNSTONE BOURCHIER
Née à Bath (Angleterre), le 24 octobre 1852.

DE LA

CONSERVATION DES VIBRATIONS THORACIQUES

DANS LES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES

Président : M. BALL, *professeur.*

Juges : MM. { HARDY, *professeur.* GRANCHER, DEBOVE, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen............ M. BÉCLARD.

Professeurs............ MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agréges en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BALL

A M. A Jane WILSON

Témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A Anne E. ATHERTON

Souvenir d'amitié.

A LA MÉMOIRE DE MES REGRETTÉES AMIES

Rose-Anna SHEDLOCK et Georgina HOSKINS

AVANT-PROPOS

Depuis le célèbre mémoire de Monneret, les vibrations thoraciques, déjà étudiées par Reynaud dans sa thèse inaugurale (1827), ont acquis une place de premier ordre dans l'étude des maladies de l'appareil respiratoire.

Exagérées dans la pneumonie et dans un certain nombre d'autres affections thoraciques, elles sont affaiblies et même plus ou moins complètement abolies dans les cas d'épanchement pleurétique.

Cette assertion parfaitement vraie dans la plupart des cas, rencontre cependant des exceptions plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

Aussi, sans contester le moins du monde l'extrême utilité de ce mode d'exploration, lorsqu'on cherche à s'assurer de la présence d'un liquide dans la cavité pleurale, nous croyons qu'on aurait tort d'attacher une importance exagérée à l'absence des ondulations thoraciques. Il est de règle aujourd'hui, toutes les fois qu'après avoir fait parler un malade on a constaté des vibrations bien conservées et sensiblement égales des deux côtés, de conclure à l'absence de tout épanchement pleural.

M. le professeur Ball, qui a appelé mon attention sur ce point, a rencontré plus d'une fois des cas de pleurésie avec épanchement considérable et avec une

conservation parfaite, quelquefois même une exagération manifeste de ce phénomène.

En faisant quelques recherches dans les auteurs, j'ai pu recueillir quelques faits analogues.

Enfin, je dois à l'obligeance de M. le Dr Legroux, médecin de l'hôpital Laënnec, la communication d'un cas très intéressant de pleuropneumonie avec épanchement dans lequel les vibrations thoraciques étaient parfaitement conservées.

En groupant ces faits, je n'ai point eu la prétention d'émettre une idée nouvelle. J'ai seulement voulu mettre en lumière un fait clinique qui, s'il est connu, semble parfaitement oublié par la plupart des médecins au point de vue pratique. Il ne s'agit pas ici d'une discussion purement théorique; nous restons sur le terrain des faits, et nous croyons qu'il peut découler de la proposition que nous soutenons des conséquences importantes au point de vue du traitement des malades.

Tels sont les motifs qui nous ont guidée dans le choix de notre sujet de thèse. Nous espérons, malgré la faiblesse de nos efforts, rendre un service à la pratique médicale en signalant un écueil qu'il importe souvent d'éviter.

DE LA CONSERVATION

DES

VIBRATIONS THORACIQUES

DANS LES

ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES

On entend par vibration thoracique le frémissement transmis aux parois de la poitrine par les vibrations de la voix; on le constate habituellement en appliquant la main à plat sur le thorax, et en faisant parler à voix haute le sujet. Il nous paraît inutile d'indiquer les autres procédés qui ont été mis en œuvre pour constater ce phénomène.

L'intensité des vibrations vocales varie considérablement, même à l'état physiologique; l'épaisseur des parois thoraciques, qu'elle soit produite par une couche adipeuse ou par l'épaisseur des muscles, tend à diminuer l'intensité du phénomène, et peut même

le faire entièrement disparaître. Il en serait de même d'une infiltration œdémateuse des parois de la poitrine.

Le timbre de la voix est ici d'une importance capitale : chez les sujets dont l'organe est grave et sonore, comme on le voit habituellement chez les adultes du sexe masculin, les vibrations thoraciques atteignent leur maximum d'amplitude. Au contraire, plus la voix est faible et grêle, plus les vibrations thoraciques sont atténuées; elles finissent même par disparaître complètement dans un certain nombre de cas; aussi ce phénomène est-il moins nettement perçu en général chez les femmes, les enfants et les vieillards. On sait enfin que ce phénomène est perçu avec plus d'intensité à droite qu'à gauche.

On le voit; même à l'état physiologique, le phénomène que nous étudions peut offrir de nombreuses inégalités; mais, pour nous limiter au sujet de notre thèse, c'est seulement à l'état pathologique que nous devons l'étudier.

Laënnec, le premier, a formulé ce principe : « Les vibrations n'existent pas quand le poumon est imperméable à l'air, ou quand il est séparé de la paroi thoracique; leur maximum existe chez l'homme sain ».

Reynaud, dans sa thèse inaugurale (1829), signale l'absence de vibrations vocales dans la pleurésie sans entrer d'ailleurs dans de grands détails au sujet de cette question. Son assertion a été vérifiée par Andral (Clinique médicale, t. II). Plus tard, Corlieu et Fournet signalent l'importance de ce phénomène. Mais c'est

surtout à Monneret qu'on doit une étude approfondie sur la matière; il étudie ce phénomène sous le nom d'ondulations pectorales. Le principal mémoire qu'il a consacré à cette question a paru en 1848 dans la « Revue médico-chirurgicale ». Trois ans auparavant, en 1845, un élève de ce professeur, Th. Le Vavasseur, a signalé l'absence des vibrations dans la pleurésie, exposant ainsi les idées de son maître.

Depuis cette époque, les ouvrages publiés sur l'auscultation, soit en France, soit à l'étranger, signalent tous ces phénomènes négatifs dans les cas d'épanchements pleuraux.

Lorsqu'il existe un épanchement d'abondance moyenne dans la cavité pleurale, il en occupe habituellement le cul-de-sac inférieur. Dans ce cas, les vibrations sont abolies à la partie inférieure de la poitrine, conservées et quelquefois légèrement exagérées à la partie supérieure.

Lorsque l'épanchement est en nappe ou lamelliforme, les vibrations sont diminuées, mais non abolies, dans toute la hauteur de la poitrine.

Enfin, quand l'épanchement est très abondant, elles sont complètement supprimées et on n'en trouve plus aucune trace.

M. Woillez paraît être le premier qui ait élevé des doutes sur la valeur absolue de ce phénomène. Depuis longtemps, cet observateur distingué s'était occupé des pleurésies anomales, c'est-à-dire des pleurésies, dans lesquelles, malgré la preuve d'un épanchement liquide, on trouve de la sonorité à la percussion et un

murmure vésiculaire presque normal à l'auscultation. On lui reprocha à cette époque d'avoir obscurci le diagnostic de la pleurésie. Cette objection est vide de sens; car, pour mieux établir le diagnostic, il est indispensable d'être fixé sur la valeur de chacun des signes physiques que l'on invoque.

Le frémissement thoracique avait également attiré son attention. Dans son « Traité des maladies aiguës des voies respiratoires », il s'exprime en ces termes : « Cette abolition des vibrations thoraciques, au niveau des épanchements pleuraux, n'a pas la valeur absolne qu'on lui a donnée. Je ne l'ai trouvée complète que chez quatorze sujets, les autres ne présentant qu'une simple diminution des vibrations thoraciques, à l'exception de deux, chez lesquels ces vibrations se faisaient, comme dans l'état normal, des deux côtés ».

Depuis cette époque, M. le professeur Ball, M. le Dr Proust et M. le Dr Dieulafoy ont rencontré des faits qui ne sauraient laisser aucun donte à cet égard.

Enfin, je dois à l'obligeance de M. le Dr Legroux, médecin de l'hôpital Laënnec, l'observation qui va être maintenant rapportée.

Observation I.

Pleurésie pseudomembraneuse; persistance des vibrations thoraciques. Thoracentèse répétée. Mort.

Calvet (Henri) est entré le 9 mars 1882 dans le service de M. Legroux, à Laënnec, salle Bouillaud.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, le ma-

lade avait été pris, sans cause appréciable, d'un point de côté, avec dyspnée et un peu de toux. Pendant quelques jours, il s'appliqua une série de vésicatoires qui firent disparaître le point de côté; mais la dyspnée persistait toujours. Le malade avait parfois des sueurs nocturnes peu abondantes.

Au moment de son entrée à l'hôpital, il présentait les phénomènes suivants :

Une dyspnée modérée.

De la matité en avant et à gauche au niveau du deuxième espace interscostal, sans tympanisme sous la clavicule. Matité également en arrière et à gauche dans toute la hauteur du poumon.

La respiration était un peu rude au sommet, et nulle à la base, il y avait un peu de souffle à la partie moyenne, pas d'égophonie, le retentissement de la voix était très faible à la base. *Les vibrations thoraciques etaient affaiblies, mais perceptibles dans toute la hauteur du poumon, surtout près de la colonne vertébrale.*

13 mars. L'opération de la thoracentèse fut pratiquée, on retira 1,577 grammes d'un liquide un peu sanguinolent, légèrement louche et fibrineux, dans lequel flottaient des fausses membranes.

Vers la fin de l'opération, le malade a été pris de quintes de toux.

Après l'opération, on examine le malade, et on peut entendre le murmure respiratoire jusqu'à la base du poumon. Il existe des frottements, la sonorité est très faible, la respiration est devenue facile. Le soir,

il y a un peu de fièvre sans frissons, et des sueurs nocturnes.

Le 17. Nous trouvons en arrière une forte submatité dans toute la hauteur de la poitrine à gauche, et matité à la base. *Les vibrations thoraciques sont toujours conservées*, quoique affaiblies, excepté à la base où elles sont abolies. La respiration est faible et on entend des frottements fins, il y a un peu de souffle à la partie moyenne.

Le 18. La sonorité est un peu tympanique en avant à gauche, mais sans déborder les limites du cœur. La respiration est affaiblie et on entend des frottements fins. En arrière, la sonorité est à peu près normale dans la fosse sus-épineuse. Il y a une submatité prononcée dans toute la hauteur du poumon. Plus en dehors il existe une zone de tympanisme amphorique dans la partie moyenne du poumon, vers l'angle inférieur de l'omoplate, se prolongeant dans l'aisselle. Tout à fait à la base, on trouve une matité absolue. On entend toujours les frottements dans toute la hauteur de la poitrine. La respiration est très affaiblie, même nulle à la base. Dans la zone tympanique, nous trouvons un souffle amphorique très net avec retentissement amphorique de la voix, sans succussion, ni tintement métallique, ni bruit d'airain. Les vibrations thoraciques sont conservées, elles sont très prononcées au niveau de la zone amphorique, cependant à la base elles sont abolies dans une étendue de la largeur de la main. Il n'y a pas d'œdème de la paroi.

Le 27. Le tympanisme a un peu augmenté sous la clavicule gauche.

Le 22. Le malade est toujours à peu près dans le même état. On pratique une deuxième ponction dans le septième espace intercostal, dans un point situé en dehors de la zone tympanique, où on trouve de la matité et des frottements, et où le murmure vésiculaire n'existe pas. Le trocart ayant pénétré, on ne sent pas la pointe libre. L'aspiration ramène quelques grammes d'un liquide sanguinolent, purulent, non mêlé d'air. Après la ponction, les signes physiques persistent toujonrs, sans aucun changement.

Le 23. On trouve toujours du tympanisme à la même place. Le souffle amphorique paraît avoir augmenté un peu. On entend nn peu de tintement métallique mal caractérisé; sans succussion.

Le 25. L'état général est toujours le même. Le pouls est rapide, fort et bondissant. Le malade se plaint de sueurs nocturnes, sans frisson. Il a un peu de diarrhée (3 selles par jour). La respiration est rude. En arrière et à gauche, il y a de la sonorité skodique dans la fosse sus-épineuse, une sonorité plus faible dans tout le reste du poumon, sauf dans le quart supérieur où il y a une matité absolue. La zone de tympanisme existe toujours à la même place, mais un peu moins étendue en hauteur. Les vibrations thoraciques sont conservées quoique un peu affaiblies; à la base, elles sont presque abolies. Dans la fosse sus-épineuse gauche, on entend des râles sibilants forts à

l'inspiration et un léger souffle à l'expiration. On retrouve les mêmes bruits quoique diminués dans le reste du poumon. Il y a un souffle amphorique bien marqué dans la zone franchement tympaniqne, moins prononcé dans la fosse sous-épineuse; on entend quelques râles muqueux à la partie inférieure de la zone tympanique.

3 avril. La fièvre et les sneurs nocturnes continuent. Le malade peut se lever un peu. Il se plaint d'une douleur à l'épigastre, à la pression : les battements épigastriques sont très prononcés. La pointe du cœur, dont les battements sont très faibles, bat un peu à droite. Au sommet gauche en avant, il y a de la sonorité skodique et on y entend des râles sibilants. Plus en dehors, la respiration est un peu amphorique. En arrière la matité est un peu diminuée et la zone de tympanisme à la base du poumon remonte moins haut qu'elle ne le faisait avant. Le souffle un peu amphorique s'entend au même point que le tympanisme. La voix n'est plus amphorique. Les vibrations thoraciques sont conservées à peu près partout jusqu'à la base, elles sont surtout marquées dans la gouttière costo-vertébrale. La dyspnée est très prononcée.

Le 9. La sonorité skodique persiste toujours sous la clavicule en avant et à gauche, où on entend un souffle à timbre légèrement amphorique. La respiration est faible. En arrière et à gauche la sonorité est exagérée. Les vibrations thoraciques sont conservées, mais elles sont plus faibles que du côté opposé, elles sont surtout diminuées au niveau de la base du pou-

mon. La respiration est légèrement amphorique dans la fosse sus-épineuse gauche ; et dans la fosse sous-épineuse et dans la partie correspondante de la gouttière costo-vertébrale, on entend un souffle amphorique très prononcé, avec voix et toux amphorique. Au-dessous de l'angle de l'omoplate, dans la région tympanique, le murmure respiratoire ne s'entend plus, il y a un souffle amphorique très faible. La voix et la toux ne présentent plus le même caractère d'amphorisme.

Le 13. Les sueurs nocturnes sont très abondantes. Il n'y a plus de diarrhée. Depuis quelques jours le malade présente de l'œdème des pieds, surtout du pied gauche. Une bronchite de tout le poumon droit est venue compliquer la maladie, et la dyspnée est par conséquent beaucoup aggravée.

Le 17. La dyspnée est considérable. Le poumon droit est rempli de râles sibilants et muqueux de bronchite. A gauche, en avant, on trouve à la percussion une sonorité un peu exagérée dans la partie supérieure jusqu'à la deuxième côte, au-dessous de laquelle il y a de la matité. Dans cette partie supérieure, la respiration est presque nulle, masquée par le retentissement du sifflement laryngé. Dans la région mate on n'entend rien. Le cœur est déplacé à droite, on trouve la ligne de matité droite à 6 centimètres de la ligne médiane, la pointe paraît battre sous le bord gauche de l'appendice xiphoïde. En arrière, il y a une matité absolue au-dessous de l'angle de l'omoplate. Cette matité est limitée en haut par une ligne

horizontale, au-dessus de laquelle on trouve du tympanisme. Dans la fosse sus-épineuse, il y a de la sonorité skodique.

Dans la région mate on entend un souffle très faible, Les vibrations thoraciques sont conservées en arrière près de la colonne vertébrale. Dans toute la partie sonore il existe un souffle amphorique, surtout prononcé dans la fosse sous-épineuse. Une troisième ponction a été pratiquée, dans le huitième espace intercostal, avec l'aspirateur de Potain. On a retiré deux litres de pus, assez épais, d'nn blanc verdâtre, non fétide, avec une odeur de beurre rance. A la fin de l'opération, le malade a été pris de quelques quintes de toux. Pendant l'opération il est sorti quelques bulles d'air, qui pouvaient provenir de gaz dissous dans le liquide. Après la ponction, on trouve, en avant, de la sonorité dans la partie supérieure de la poitrine, jusqu'au niveau de la quatrième côte, audessous, de la submatité. On entend le murmure respiratoire dans toute la hauteur du poumon. En arrière, la matité absolue qui existait à la base avant la ponction, est remplacée par de la submatité légère. La respiration s'entend jusqu'en bas. Dans les deux tiers inférieurs de la poitrine on peut constater des signes pseudo cavitaires, des gargouillements gros avec souffle caverneux à la partie interne, presque amphorique à la partie externe dans la fosse sous-épineuse.

Le 19. Pas de diarrhée. Sueurs nocturnes. Pouls rapide et ample. La circonférence du thorax est de

44 centimètres à gauche, de 45 à droite. La ligne de matité du cœur arrive jusqu'à la ligne médiane. En avant, la sonorité est normale à la partie supérieure et interne de la poitrine, à la partie externe il y a une zone de tympanisme; au delà de la ligne mamelonnaire, de la matité. En arrière, sonorité en haut, tympanisme au niveau du hile du poumon et matité dans toute la moitié inférieure. On entend des râles sous-crépitants fins à la partie supérieure du poumon, de gros râles humides à la partie inférieure.

Le 20. Ponction du huitième espace; issue d'environ un litre de pus, avec quelques petits caillots de sang. Lavage avec l'appareil de Potain.

Le 22. Le liquide sort purulent au début du lavage, fortement sanguinolent à la fin. La fièvre continue, mais elle est un peu diminuée. Sueurs nocturnes. Pas de diarrhée. On trouve des râles sous-crépitants à la base du poumon.

Le 26. Il y a eu une élévation notable de la température, hier au soir (38,8). Ce matin, nous trouvons de la matité à droite, au-dessous de l'angle de l'omoplate, avec diminution du murmure respiratoire et abolition des vibrations thoraciques. Il existe un peu de souffle à la partie moyenne de l'épanchement. A gauche, matité à la base, submatité du sommet. On entend la respiration dans toute la hauteur du poumon avec quelques râles sous-crépitants. Pas de souffle. Le lavage de la plèvre ramène toujours un peu de pus; à la fin du lavage, le liquide est un peu sanguinolent, mais sans fétidité.

Le 27. L'épanchement a diminué. On trouve un peu de matité et de silence à la base du poumon droit, avec quelques frottements. A chaque lavage il sort de la plèvre environ un tiers d'eau sanguinolente provenant du dernier lavage et du pus. L'eau du lavage revient toujours sanguinolente.

Le 29. L'épanchement a totalement disparu. La dyspnée est assez prononcée, les deux poumons sont remplis de râles sous-crépitants humides, secs, et de râles sibilants.

Le 30. A la visite du matin le malade est toujours dans le même état. Le soir, vers 4 heures, il meurt subitement, sans un cri, probablement par syncope.

A l'autopsie, nous trouvons le médiastin antérieur œdématié. Il existait un hydropéricarde, dont la quantité de liquide pouvait être évaluée à 100 grammes à peu près. Le cœur était un peu abaissé et légèrement déplacé vers la ligne médiane.

La plèvre gauche contenait un épanchement très abondant qui remontait jusqu'au niveau des gros vaisseaux du cœur. Des fausses membranes dures et résistantes, d'une épaisseur, par place, d'un demi-centimètre, tapissaient toute l'étendue de la plèvre.

Le sommet du poumon gauche était tellement adhérent aux parois qu'on ne pouvait le détacher qu'avec le scalpel; il était parsemé de tubercules, et présentait quelques petites cavernes. La base du poumon était également adhérente et congestionnée, il n'y avait pas de stalactites. Le médiastin adhérait au péricarde.

Le poumon droit présentait aussi des fausses membranes très épaisses par lesquelles il adhérait aux parois de la poitrine. Il n'y avait pas d'épanchement dans la plèvre droite.

L'observation très intéressante qui vient d'être rapportée nous montre que les signes habituels de la pleurésie peuvent être notablement atténués par l'existence de ces adhérences, qui appliquent des portions plus ou moins étendues de la surface pulmonaire contre les parois thoraciques.

Mais nous n'avons à nous occuper que d'un seul point qui se rattache directement au sujet de notre thèse.

Malgré des thoracentèses répétées, il existait à l'autopsie une quantité considérable de liquide dans la plèvre; et dès la première opération il était sorti 1,600 grammes de liquide, bien qu'on eut le soin de ne point vider complètement la plèvre.

Or, nous avons constaté à diverses reprises que les vibrations thoraciques étaient nettement conservées. Sans doute on les trouvait légèrement affaiblies, et moins intenses que celles du côté opposé. Dans ces conditions il ne peut y avoir aucune incertitude sur le diagnostic de l'épanchement; mais comme nous le verrons tout à l'heure, il est des cas où cette différence n'existe point ou se trouve renversée au profit du côté malade. C'est alors que de graves incertitudes peuvent s'élever; et les faits, comme celui qui vient d'être rapporté, sont alors d'une grande utilité pour

indiquer à l'observateur qu'un symptôme sur lequel il est habitué à compter peut lui manquer, même en présence d'un épanchement considérable.

Mais ce que nous tenons surtout à faire observer, c'est que les adhérences, dans ce cas, semblent donner l'explication de ce phénomène négatif. Il n'en est pas toujours ainsi, et nous aurons bientôt l'occasion de le prouver.

Mais avant d'aller plus loin, nous voulons signaler un cas semblable observé également par M. le docteur Legroux, et qui a été présenté à la Société médicale des hôpitaux le 23 juillet 1875, et publié dans l'*Union médicale*.

Un homme de 52 ans, grand et bien musclé, est envoyé de la Roquette, où il était détenu depuis plusieurs mois, à l'infirmerie centrale, le 3 juillet dernier. La feuille de transfèrement porte le diagnostic de pleurésie, sans autre explication.

Ce malade est placé au lit n° 24, où je le vois le lendemain 4 juillet, vers 10 heures,

Je le trouve assis sur son lit, en proie à une dyspnée intense, la face pâle et un peu bleuâtre, les mains un peu cyanosées. C'est à peine si cet homme peut répondre aux questions; entre chaque mot il est obligé de s'arrêter pour respirer.

MM. Seront et de Fourcault, internes du service, avaient pu obtenir la veille les quelques renseignements que voici :

En mai, cet homme, ayant glissé dans la cuisine de

la prison où il travaillait, tomba sur le bord d'une grande marmite, et se fit une très douloureuse contusion du côté gauche de la poitrine. On ne constata pas alors d'autres signes que ceux de la contusion; aucune trace de fracture des côtes.

Après un séjour de deux semaines à l'infirmerie de la Roquette, ce détenu reprit le travail pendant quinze jours, au bout desquels il fut pris d'un frisson violent, d'un point de côté, et d'une toux très douloureuse. Il dit qu'il sentit alors des craquements dans le côté; cela se passait vers les premiers jours de juin.

On reconnut l'existence d'une pleurésie gauche, pour laquelle on employa le traitement révulsif habituel (vésicatoires, purgatifs); mais cela sans succès, car l'épanchement augmenta, l'oppression devint de plus en plus intense. On l'envoya alors à l'infirmerie centrale.

L'examen de la poitrine du sujet nous démontre l'existence d'un vaste épanchement dans la plèvre gauche; ampliation totale du côté, voussure considérable sous-claviculaire, effacement des espaces intercostaux, matité absolue à la percussion de haut en bas, en avant et en arrière; *cependant persistance, dans certains moments, des vibrations thoraciques à la palpation en arrière et sur la partie latérale, fait qui nous étonna d'abord, mais que l'autopsie devait se charger de nous expliquer*; souffle intense au niveau du hile pulmonaire; absence de respiration dans le reste de la poitrine; égophonie très accentuée. Le cœur était refoulé de plus de 5 centimètres, la pointe battait au niveau du

bord gauche du sternum, et l'épigastre était soulevé et abaissé à chaque révolution du cœur. Aucun souffle n'accompagne les bruits normaux, qui semblent un peu étouffés. La respiration à droite est puérile. Le pouls est rapide, petit, dépressible.

Le malade est presque toujours assis sur son lit; quand il prend la position horizontale, il est couché sur le côté gauche, mais il est bientôt trop oppressé et reprend la position assise.

En dehors de l'appareil cardio-pulmonaire, rien à noter de particulier dans les autres organes ou pour les autres fonctions. En considérant l'abondance excessive de l'épanchement, l'intensité de la dyspnée, la cyanose commençante, le déplacement considérable du cœur, je pense de suite à pratiquer la thoracentèse; cependant je voulus observer un peu plus le malade, et voir d'abord si, par un traitement médical, j'obtiendrais un amendement quelconque. Je prescrivis donc de la digitale en infusion, et un purgatif drastique (25 grammes d'eau-de-vie allemande). Un immense vésicatoire avait été appliqué quelques jours avant, en arrière, et il n'était pas encore guéri.

Cette purgation détermina d'abord quelques vomissements, puis cinq ou six garde-robes abondantes. Après ces évacuations, le malade se sentit soulagé et respira un peu mieux. La nuit fut meilleure, quoique encore très anxieuse; le sommeil était interrompu par la dyspnée, et le malade était fréquemment obligé de s'asseoir sur son lit.

Le lendemain 5, je retrouvai les mêmes symptômes

que la veille; l'épanchement n'avait pas sensiblement diminué; le cœur n'avait pas changé de place; le malade était toutefois moins haletant que la veille, et je me décidai à pratiquer l'opération de la thoracentèse avec l'appareil Potain.

Le malade, en aucune façon effrayé des préparatifs de l'opération, et confiant dans le soulagement qu'on lui promettait, s'approcha du bord du lit, et se tint assis, le bras gauche relevé en haut et en avant, soutenu par un infirmier.

J'enfonçai le trocart n° 2 sans déterminer de vive douleur, et très facilement, dans le septième espace intercostal, dans la ligne axillaire, et aussitôt la tige enlevée, un liquide citrin, un peu trouble, légèrement rosé, se précipita dans le flacon récepteur. La canule était évidemment dans une vaste collection de liquide, car je pouvais la faire osciller en tous sens sans rencontrer d'obstacles, et elle était enfoncée de 6 centimètres environ dans la poitrine.

Vers la fin de l'opération, et alors que j'avais déjà obtenu près de 1,800 grammes de liquide, je dus retirer un peu la canule, en raison de frottements nettement perçus à son extrémité. Le liquide coulait toujours facilement.

Enfin, dès que le malade commença à avoir la toux qui indique le déplissement du poumon comprimé, dès que la sonorité de la poitrine eut remplacé la matité dans les parties supérieures du thorax, je retirai l'instrument. J'avais obtenu 2,000 grammes d'un liquide

jaune rosé, fibrineux, et qui s'est promptement coagulé. Il était onze heures du matin.

Après l'opération, le malade continua à tousser modérément, quoique incessamment pendant un quart d'heure. Il rendit devant moi un crachat écumeux, blanc rosé. Deux autres crachats semblables furent expulsés quelques instants après. Là se borna l'expectoration.

Le malade, au bout d'un quart d'heure, cessant de tousser, commença à causer avec son voisin, et lui fit part du soulagement qu'il éprouvait. Il était assis sur son lit.

Jusqu'ici, rien d'extraordinaire. L'opération avait eu ses résultats habituels; j'avais constaté le retour de la respiration dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche; le cœur avait repris sa place, et aucune perturbation circulatoire autre que des battements un peu précipités ne marqua ce retour à la position normale du viscère. Je quittai donc le malade, convaincu que les choses iraient au mieux.

Il n'en fut pas ainsi. Trois quarts d'heure après l'opération, alors que le malade venait de demander à boire, il dit tout à coup: « Ah, je me sens faible! » Il renversa sa tête sur les oreillers, fit deux ou trois mouvements latéraux des bras, la face pâlit et il cessa de bouger. Immédiatement des infirmiers se précipitèrent vers lui. On le mit sur son séant, mais on vit de suite qu'il venait de succomber.

J'avoue que le lendemain, alors que je m'attendais à l'annonce d'une quasi résurrection de cet homme

que j'avais si efficacement débarrassé la veille de 2 litres d'épanchement thoracique, je fus fortement ému quand on me dit quelles avaient été les suites de l'opération.

L'autopsie, faite quarante heures après la mort, ne me fournit aucune explication.

Dans la plèvre, je retrouvai encore 2 litres de sérosité ; la plèvre était couverte sur toute sa surface de fausses membranes plus ou moins épaisses, fibrineuses, peu résistantes, disposées en aréoles ou en grains de semoule sur un fond rouge vif, inflammatoire. Si, dans d'autres organes, je ne devais pas découvrir la cause de la mort, je pus au moins saisir la cause de la pleurésie elle-même *et la cause de la persistance des vibrations thoraciques*. En effet, le poumon, dont la masse, d'ailleurs saine et non gangrenée, était rétractée vers la colonne vertébrale, et grosse comme le poing d'un homme robuste, était, par deux longues languettes, deux sortes de stalactites du parenchyme pulmonaire, qui partaient de l'angle antérieur et inférieur de chaque côté, adhérent aux cinquième, sixième et septième côtes, et adhérent d'une manière tellement intime, que le bistouri seul put les séparer. Au niveau de ces adhérences existaient trois fractures déjà anciennes, car elles avaient deux mois d'existence. Aucun déplacement, d'ailleurs, des fragments osseux. C'est à la triple fracture des côtes que cet homme devait sa pleurésie, *et c'est en raison de l'adhérence du tissu pulmonaire en ces points que les vibrations thoraciques étaient en partie conservées.*

Là se bornent les seules données positives de l'autopsie.

Le poumon droit, un peu congestionné, avec adhérences filamenteuses entre les surfaces interlobaires, était exempt de tubercules.

Le péricarde contenait un verre de sérosité. Le cœur lui-même, un peu déplacé vers la droite, était sain; les cavités absolument vides de caillots; les valvules un peu épaissies sur leurs bords, sans végétations.

Les vaissseaux pulmonaires, dans l'un ou l'autre poumon. poursuivis avec soin, ne nous ont offert aucune trace d'une obstruction quelconque.

Les méninges étaient saines, pâles ; le cerveau, ramolli par la putréfaction, était plutôt pâle que congestionné; ses vaisseaux étaient parfaitement libres, sans traces d'athéromes; le quatrième ventricule seul me parut un peu congestionné, et avait cet aspect ardoisé avec développement variqueux des vaisseaux superficiels qui a été signalé dans quelques autopsies de diabétiques. J'ajoute que les urines de notre homme n'offrait ni sucre ni albumine.

Réflexions. — Comme dans le cas précédent, malgré la présence d'un épanchement très considérable, les vibrations thoraciques étaient en partie conservées. Ce fait en lui-même n'a rien d'extraordinaire, car nous savons déjà qu'il peut en être ainsi ; mais ce qui donne à cette observation une très haute valeur, c'est que l'anatomie pathologique nous fournit l'explication la plus claire et la plus incontestable de ce phé-

nomène; en effet, nous voyons des *stalactites de parenchyme pulmonaire* adhérer aux cinquième, sixième et septième côtes.

Nous tiendrons donc pour absolument démontré que ce mécanisme peut donner lieu aux phénomènes négatifs que nous avons signalés. Mais cette solution n'est peut-être pas toujours aussi satisfaisante; nous en trouverons la preuve dans l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Proust, et qui a été recueillie par M. Cadiat, agrégé de la Faculté, alors interne à l'hôpital Saint-Antoine.

Observation II.

Pleurésie pseudomembraneuse. Exagération des vibrations thoraciques : point de thoracentèse; mort subite.

Baillargiat (Antoine), âgée de 43 ans, maçon, célibataire, est entré le 26 décembre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Jeanne, dans le service de M. Proust.

Cet homme, dont la maladie remonte à un mois environ, présentait au moment de son entrée les phénomènes suivants :

Le malade, qui présente un affaiblissement, une prostration marqués, ne paraît éprouver qu'une dyspnée très peu intense. Il n'a point de fièvre. L'expectoration est muco-purulente, peu abondante, sans aucun caractère significatif.

A l'auscultation, on rencontre du côté droit des râles caverneux siégeant surtout dans la fosse sous-

épineuse; ils s'étendent vers la base du poumon, en diminuant d'intensité; au sommet du poumon dans la fosse sus-épineuse la respiration avait conservé son type normal.

Il existe une matité absolue dans toute l'étendue du poumon droit en arrière.

Le côté gauche ne présente aucun phénomène pathologique.

Les vibrations thoraciques sont considérablement exagérées du côté malade.

Il n'existe aucun déplacement du cœur.

L'exagération des vibrations thoraciques ayant fait écarter l'idée d'une pleurésie, la thoracentèse ne fut point pratiquée.

Le malade est mort subitement le 5 janvier.

L'autopsie a montré, du côté droit de la poitrine une vaste pleurésie, non suppurée. Il existait dans la plèvre une quantité très considérable (plus de 4 litres) d'un liquide épais, floconneux, dans lequel nageaient de fausses membranes. Le poumon était comprimé et refoulé contre le médiastin auquel l'attachaient de nombreuses adhérences. Quelques-unes de ces petites ampoules étaient tout à fait voisines de la surface de l'organe. L'une d'elles s'était rompue sous l'effort de l'insufflation.

La présence de ces petites dilatations bronchiques explique à merveille les phénomènes perçus à l'auscultation.

Il est à noter qu'il existait aussi chez ce malade un abaissement très considérable du foie, ce qui per-

met de comprendre le défaut d'ampliation de la poitrine ; la pleurésie s'était, pour ainsi dire, développée dans le sens vertical.

Réflexions. — Cette observation très remarquable montre d'abord que les adhérences du poumon aux parois thoraciques ne peuvent pas être invoquées dans tous les cas d'épanchement pour expliquer la conservation des vibrations thoraciques. En effet la médiastin était le point vers lequel le poumon se trouvait refoulé ; et nous sommes amené à nous demander si l'abondance de l'épanchement, en modifiant les conditions de vibration de la cage thoracique, ne serait point ici la cause qu'il convient d'invoquer. Cette opinion, nous ne l'émettons que sous toutes réserves ; il ne s'agit évidemment que d'une simple hypothèse qui exige une démonstration dont nous ne saurions nous charger.

Mais, ce qui nous intéresse tout spécialement, c'est que les vibrations thoraciques, en présence d'un épanchement de plus de quatre litres, étaient considérablement exagérées du côté malade. Nous ne sommes donc plus en présence d'un de ces cas, où, quoique conservées, les vibrations sont plus faibles du côté malade. Le diagnostic est alors facile ; tandis que chez le malade de M. Proust on pouvait concevoir les doutes les plus légitimes sur la réalité de l'épanchement.

Un coup de trocart aurait levé toute incertitude, mais ce coup de trocart n'a point été donné et le

malade est mort subitement, victime, selon toute apparence, de la compression que subissaient ses organes respiratoires.

On voit combien eût été grande, dans un cas pareil, la ponction exploratrice. Sans doute le médecin craint de léser le poumon qui semble reposer contre les parois thoraciques ; mais, avec les trocarts capillaires extrêmement fins dont la méthode aspiratrice nous permet de faire usage, il n'y a point d'inconvénients très sérieux à piquer la surface pulmonaire, et d'ailleurs ces inconvénieuts sont contrebalancés par les dangers beaucoup plus grands que présente un vaste épanchement. Donc, toutes les fois que le médecin se trouve en présence d'une dyspnée intense, avec matité et avec les autres signes d'un épanchement, il ne doit point hésiter à pratiquer cette opération préliminaire. C'est ce qui a été fait avec succès dans le cas suivant.

Observation III (Dieulafoy).

Nous extrayons cette observation de l'ouvrage de M. Dienlafoy (1).

Les vibrations thoraciques peuvent être conservées et même exagérées avec un épanchement de 900 grammes. (Service de M. Hérard, observation communiquée par M. Blain, interne).

Un jeune garçon de 18 ans est pris subitement, il

(1) Traité de l'aspiration des liquides morbides, p. 306.

y a six semaines, de malaise général, avec frisson, fièvre et courbature. La toux est peu intense, et cesse complètement après quinze jours. Le malade, se sentant mieux, fait une promenade de deux heures, mais rentre très fatigué avec un point de côté sous le mamelon gauche. Arrivé à l'hôpital, ce jeune homme se plaint toujours de la même douleur et est pris chaque soir d'un léger accès de fièvre. Il n'y a pas de dyspnée, le sommeil est bon, l'appétit conservé, les selles régulières. La respiration est si facile que le malade s'assied sur son lit sans difficulté, et se lèverait si on le lui permettait.

La percussion indique une sonorité normale du côté gauche, et une matité absolue du côté droit, depuis le sommet jusqu'à la base du poumon. L'auscultation fait percevoir une respiration normale du côté gauche, mais un affaiblissement considérable du murmure respiratoire du côté droit, avec quelques râles sous-crépitants imitant un frottement, et situés surtout au-dessous de l'épine de l'omoplate. Pas d'œgophonie, mais un léger souffle voilé. *Les vibrations thoraciques existent à droite aussi nettement qu'à gauche*, peut-être même sont-elles légèrement accrues du côté droit.

Cette anomalie, il faut le dire, suffisait pour obscurcir singulièrement le diagnostic; on eut recours à l'aspirateur de M. Dieulafoy, et on retira du côté droit de la poitrine 900 grammes de liquide. Peu de temps après, le malade sortait guéri.

Réflexions. — Comme on le voit, les vibrations étaient aussi nettement conservées à droite qu'à gauche, peut-être même étaient-elles légèrement accrues du côté droit.

Il ne semble pas avoir existé une quantité considérable de liquide dans la poitrine, puisque 900 grammes de liquide seulement ont été retirés par l'opération. D'un autre côté, le malade ayant guéri, on ne peut pas savoir s'il existait des adhérences. Cependant la percussion indiquait une matité absolue du côté droit depuis le sommet jusqu'à la base du poumon. Il est donc assez probable que la surface pulmonaire n'était point en contact avec les côtes.

Ce fait reste obscur quant au mécanisme; mais il présente un véritable intérêt au point de vue clinique. Il démontre victorieusement qu'en présence des autres signes d'un épanchement pleurétique, on aurait tort d'attacher une importance exagérée à la conservation, et même à l'exagération des vibrations thoraciques du côté malade.

Les mêmes conclusions découlent de l'observation qui va suivre, et qui nous a été communiquée par M. le professeur Ball.

Observation IV.

Pleurésie purulente avec conservation des vibrations thoraciques; plusieurs ponctions successives; pneumothorax; mort.

Au mois de mai 1872, je fus appelé à remplacer

M. le professeur Tardieu dans son service à l'Hôtel-Dieu. Quatre jours auparavant, le 29 avril était entré dans la salle Saint-Lazare, où il était couché au n° 12, le nommé Bonnet (Maurice), âgé de 47 ans, boulanger.

Cet homme, d'une taille élevée et d'une constitution athlétique, n'offrait point d'antécédents pathologiques. Les premiers symptômes d'une pleurésie s'étaient manifestés quinze jours avant son entrée à l'hôpital. L'existence d'un épanchement situé à gauche avait été reconnue par M. le Dr Dieulafoy, interne du service, et une ponction suivie d'aspiration avait donné issue à deux litres d'une sérosité citrine et transparente.

L'épanchement s'était rapidement reproduit, et peu de jours après mon arrivée (8 mai) il devenait nécessaire de pratiquer une ponction nouvelle. A ce moment le malade, atteint d'une dyspnée assez intense, offrait, au point de vue des symptômes locaux, le tableau suivant : ampliation très manifeste du côté droit de la poitrine, matité absolue dans toute la hauteur du poumon gauche; déplacement du cœur à droite ; souffle avec bronchophonie à la partie moyenne et supérieure du poumon, surtout intense dans le voisinage de la colonne vertébrale ; abolition complète des bruits respiratoires à la base du poumon gauche; respiration puérile, sonorité bien conservée du côté opposé, sauf dans la fosse sus-épineuse, où quelques symptômes suspects pouvaient faire croire au début d'une tuberculisation pulmonaire.

Mais, fait singulier, et qui avait vivement attiré mon attention, ce malade, doué d'une voix assez sonore, offrait du côté malade, *non pas une diminution, mais une augmentation notable des vibrations thoraciques*, de telle sorte que ce phénomène était beaucoup plus fortement prononcé à gauche qu'à droite.

Si le résultat d'une première ponction n'avait pas dissipé toute incertitude à l'égard du diagnostic j'aurais hésité, je l'avoue, à pratiquer une nouvelle ponction. Mais en présence des antécédents du malade, le doute n'était pas permis : l'opération fut donc pratiquée avec l'appareil de M. Potain : elle donna issue à deux litres de sérosité purulente. Il ne me fut pas possible de vider complètement la plèvre, la fin de l'aspiration ayant amené un peu de sang.

Le lendemain (9 mai) la dyspnée avait notablement diminué : la matité n'occupait plus que le tiers inférieur du poumon gauche, et la respiration s'entendait nettement dans presque toute l'étendue de la poitrine ; mais l'intensité des vibrations thoraciques du côté malade avait plutôt diminué qu'augmenté.

Pour ne point fatiguer l'attention du lecteur, je me bornerai à dire que ce malade fut traité par les vésicatoires, par l'alcool, et par les diurétiques ; qu'une troisième ponction fut pratiquée le 10 mai, et qu'elle donna issue à 1,800 grammes de pus. Comme la première fois, la fin de l'opération fut marquée par l'écoulement d'une petite quantité de sang.

Je fus obligé, le 22 mai, de quitter brusquement le

service, qui, pendant quelques jours, fut occupé par M. le Dr Peter. Dans cet espace de temps, deux ponctions avec aspiration furent pratiquées chez le malade : la dernière fut suivie, à ce qu'il paraît, d'une hémorrhagie plus considérable que les précédentes.

Lorsque je repris le service, le 7 juin, cet homme était atteint d'un pneumothorax. A partir de ce moment, son histoire cessa d'offrir aucun intérêt par rapport à la question tonte spéciale qui nous occupe. Notons cependant d'une manière expresse qu'avant le 22 mai il n'existait aucun indice d'une perforation pulmonaire : on comprend toute l'importance de ce dernier point.

Le malade mourut le 21 juin. A l'autopsie, on trouva deux perforations pulmonaires, l'une à la partie supérieure du poumon gauche, en arrière; l'autre également en arrière, mais à la partie inférieure de l'organe, dans la région où plusieurs ponctions successves avaient été pratiquées.

La première de ces deux perforations paraissait se rattacher à la présence de quelques tubercules au sommet du poumon : ces produits morbides, d'ailleurs peu abondants étaient à l'état de crudité, et nulle part il n'existait de cavernes ni de cavernules.

Nous avons également rencontré des tubercules crus au sommet du ponmon droit.

Il existait une quantité considérable de pus et de fausses membranes adhérentes dans la cavité pleurale. Le poumon était refoulé contre la colonne vertébrale...

Réflexions. — L'autopsie nous apprend ici que des adhérences unissaient la surface du poumon aux parois thoraciques. Le poumon, lui-même, était refoulé contre la colonne vertébrale. Faut-il attribuer à ces dispositions anatomiques le phénomène de la conservation, et même de l'exagération des vibrations thoraciques? Nons ne saurions nous prononcer sur ce point; mais il est certain que le pneumothorax ne jouait ici aucun rôle, puisqu'il était manifestement postérieur à l'époque où le phénomène clinique qui nous intéresse spécialement avait été si nettement reconnu.

Observation V (Woillez). Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires).

Le 27 août 1866, fut reçu, à l'hôpital Cochin, un maréchal-ferrant, âgé de 48 ans, n'ayant jamais été malade, mais se disant enrhumé depuis un an.

Cinq jours avant son admission, il avait ressenti une douleur du côté droit de la poitrine. Elle était apparue d'abord au rebord des fausses-côtes, et de là elle avait remonté peu à peu vers l'aisselle. Il n'y avait eu aucun frisson lors de l'invasion, mais seulement de la toux et une oppression marquée.

A son entrée (5e jour), l'appétit était diminué, et la langue chargée d'un enduit blanchâtre; le pouls était à 100. Le côté droit de la poitrine, généralement peu sonore, offrait inférieurement en avant une matité qui ne s'étendait pas au-dessus du mamelon, tandis qu'en

arrière le son était exagéré au sommet, obscur au contraire à la partie moyenne, et complètement mat dans le tiers inférieur. Partout de ce côté la respiration était affaiblie. l'expiration prolongée au sommet, sans souffle ni égophonie, *avec absence de vibrations à la base seulement*. (Chiend. nitré; — Poudre d'ipéca : 2 grammes; — 6 vent. scarif.)

6e jour. — Même état (chiend. nitré; — Bouillon.)

7e jour. — Soulagement de la douleur. Oppression plus marquée le matin. Mêmes signes physiques, si ce n'est qu'il est survenu du souffle dans les deux temps de la respiration à la partie postérieure moyenne du côté droit, et que le retentissement de la voix constitue un bourdonnement aigu.

8e jour. — Le pouls, jusque-là à 100, est monté à 120, et la peau est devenue chaude et sèche. L'oppression paraît être augmentée, quoique le malade ne s'en plaigne pas; la respiration est à 36, et la toux plus fréquente.

La percussion continue à fournir les mêmes signes, et l'auscultation indique en arrière la disparition du souffle et celle de l'exagération du retentissement vocal. En même temps, il existe des bruits légers de frottement, en avant du haut en bas; il y en a aussi en arrière. Du côté gauche, la sonorité est claire et le bruit respiratoire exagéré, avec expiration prolongée, égale à l'inspiration (15 sangs. du côté droit; — Bouillon).

9e jour. — Les piqûres de sangsues ont saigné jusqu'à ce matin sans que le malade ait pâli; le pouls

est encore à 120, assez fort, et le malade n'éprouve pas d'éblouissements quand il s'asseoit dans son lit. Toux modérée; quelques crachats muqueux transparents. Mêmes résultats de la percussion que précédemment lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Le bruit de frottement a disparu; le brnit respiratoire, affaibli partout, diminue d'intensité du haut en bas, où il cesse de se faire entendre; l'expiration est légèrement soufflante au sommet; il n'y a nulle part d'égophonie (Chiend. nitré; Jul.; sir. diac.; 15 gr.—Bouillons.)

11e jour. — Pouls toujours à 120, avec oppression visible. Même état d'ailleurs à la percussion et à l'auscultation (saignée de 300 grammes).

12e jour. — La saignée n'a pas amélioré la situation du malade, qui reste stationnaire comme état général. Il en est de même de l'état local, si ce n'est que, en avant, à droite, *la matité inférieure a disparu; la sonorité, un peu obscure sous le clavicule, est devenue au contraire de plus en plus claire du haut en bas.*

14e jour. — L'état général s'est sensiblement aggravé. Le pouls, toujours à 120, avait offert, jusque-là, un peu de résistance; il est devenu petit et facilement dépressible; la face est couverte de sueur, l'abattement prononcé. La respiration est plaintive, à 36 inspirations par minute.

En avant, à droite, le son est redevenu moins clair au niveau du mamelon, mais il est au contraire exagéré au-dessus jusqu'à la deuxième côte; le bruit respiratoire est toujours faible. En arrière, du même

côté, la sonorité est également exagérée dans la moitié supérieure, et la matité reste toujours limitée à la partie inférieure. Le bruit respiratoire y est plus faible que précédemment, sans souffle ni égophonie. Les crachats restent muqueux et transparents.

Le malade meurt le lendemain, 15e jour de la maladie.

Autopsie faite par le Dr Lefeuvre, alors interne du service (26 *heures après la mort*). — Les signes de percussion restent les mêmes que pendant la vie, c'est-à-dire submatité localisée dans les premier et deuxième espaces intercostaux droits en avant; sonorité augmentant du haut en bas à partir de la 3e côte, et devenant tympanique à trois travers de doigt au-dessous du mamelon. Cette sonorité exagérée est limitée latéralement par une ligne courbe remontant en dehors du mamelon jusque sous l'aisselle droite; en arrière de cette ligne, on retrouve la matité.

On perfore sous l'eau avec précaution le cinquième espace intercostal droit dans la partie sonore, et il ne sort pas d'air, si ce n'est quelques fines bulles de gaz provenant évidemment du poumon, quand on enfonce le bistouri plus profondément en agrandissant l'incision, ce qui s'explique par l'adhérence du poumon aux côtes.

La poitrine, largement ouverte, nous montre du côté droit un épanchement abondant d'un pus jaune, épais et extrêmement fétide. Cet épanchement d'un litre et demi au moins, est surtout considérable à la partie inférieure sus-diaphragmatique de la cavité thoracique.

Supérieurement, le sommet du poumon correspon-

dant est adhérent jusqu'à la troisième côte, tandis que le bord antérieur de l'organe, sous forme de lame très mince, adhère aux parois thoraciques antérieures, jusqu'aux cinquième et sixième côtes, tandis que la base du poumon est aplatie contre le médiastin. Ce poumoo est condensé sans contenir de tubercules. Il présente seulement, vers sa base, un noyau de matière jaune caséeuse. La plèvre, en rapport avec l'épanchement, présente partout un épaississement considérable par des fausses membranes.

Le poumon gauche n'a pas d'adhérence, et il crépite parfaitement; il est seulement un peu congestionné.

Le cœur est sain. Quelques caillots fibrineux mous, qui occupent les cavités droites et l'artère pulmonaire, n'ont pas une origine ancienne, et ne sont pas d'ailleurs de nature à apporter une gêne très grande à la circulation.

Les autres organes sont sans altération. On trouve seulement au niveau de la face convexe du foie une large fossette d'une couleur ardoisée, correspondante au refoulement du diaphragme par l'épanchement pleural. Il n'existe pas d'adhérences entre le foie et le diaphragme.

Réflexions. — Nous avons cité cette observation à cause de l'intérêt qu'elle présente, et aussi parce qu'elle est la seule que nous ayons trouvée dans l'ouvrage de M. Woillez où la conservation, partielle au moins, des vibrations thoraciques ait été notée; en effet la description de l'état du malade à son entrée

porte l'indication suivante par rapport aux symptômes observés du côté droit, siège de l'épanchement; « *absence* de vibrations à la base seulement. » Ainsi, à la partie supérieure et moyenne du poumon les vibrations thoraciques étaient conservées, bien qu'il y eut un épanchement considérable de pus dans la plèvre, ainsi que l'autopsie le démontrait.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Les vibrations thoraciques se produisent évidemment par le même mécanisme que les bruits perçus à l'auscultation de la poitrine, qui sont, comme on le sait parfaitement, des bruits solidiens. Or, la transmission se fait par l'intermédiaire des parois thoraciques qui, dans l'état normal, sont en contact immédiat avec le poumon à travers les feuillets de la plèvre. Lorsque l'épanchement liquide plus ou moins abondant vient écarter les deux feuillets de la séreuse, le phénomène cesse de se produire, et les vibrations thoraciques sont tantôt abolies, tantôt considérablement amoindries.

Ceci posé, comment expliquer les exceptions à la règle? Dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'adhérences partielles qui ont collé et fortement appliqué une lamelle de poumon à la paroi correspondante. Sur ces points, on constate la plupart des signes qui dénotent l'absence de tout épanchement, à savoir, la sonorité normale, la respiration normale, et la présence des vibrations thoraciques.

Voilà pourquoi, dans un certain nombre de cas,

malgré la présence de l'épanchement, les vibrations thoraciques sont perçues soit en totalité, soit en partie. L'autopsie est venue plus d'une fois révéler l'existence de ces dispositions anatomiques particulières.

Mais comment expliquer l'exagération des frémissements thoraciques dans les cas d'épanchement très abondant? Nous avons rapporté deux observations de ce genre; l'une, observation III, due à M. Proust, et l'autre, observation V, due à M. le professeur Ball. On ne pourrait invoquer ici l'adhérence d'une partie du poumon aux parois de la poitrine, car, d'abord, cette disposition anatomique pourrait expliquer la conservation partielle, mais non l'augmentation du frémissement, et ensuite, dans le cas de M. Proust, le poumon était refoulé contre le médiastin, et se trouvait par conséquent éloigné des parties supérieures du thorax.

Il faut donc invoquer, de toute nécessité, un autre mécanisme, et nous serions tentés de croire que lorsque l'épanchement est très considérable, il modifie les conditions vibratoires des parois thoraciques, en raison même de la tension qu'il leur imprime. Quoiqu'il en soit, la présence d'un épanchement abondant modifie certainement les conditions physiques de la transmission du son, tantôt pour l'abolir, et tantôt au contraire pour l'exagérer, comme le prouvent ces râles sonores et manifestement exagérés qu'on entend quelquefois dans la pleurésie, et sur lesquels le professeur Béhier a appelé l'attention.

DIAGNOSTIC.

Il est incontestable que la conservation des frémissements thoraciques ajoute une difficulté notable au diagnostic de la pleurésie. Combinée avec la sonorité à la percussion et avec les bruits respiratoires elle est de nature à fausser complètement le jugement de l'observateur, surtout lorsqu'on se rappprte aux idées courantes qui nous ont été inculquées dans notre éducation classique. Mais, lorsqu'il s'agit d'une simple conservation du phénomène, celui-ci étant notablement diminué, aucun doute ne peut subsister dans l'esprit de l'observateur. Nous savons en effet, combien sont grandes les anomalies qui peuvent se rencontrer dans les manifestations symptômatiques de la pleurésie, et toutes les fois que le frémissement thoracique, bien que conservé, sera moins accusé du côté malade que du côté sain, nous n'hésiterons jamais à reconnaître la pleurésie, et, s'il y a lieu à pratiquer la thoracentèse.

Lorsqu'il existe au point de vue du symptôme qui nous occupe une égalité parfaite entre les deux côtés, ou même une exagération en faveur du côté malade, nous aurons volontiers recours à la mensuration de la poitrine. M. Woillez a parfaitement montré tout le parti qu'on peut tirer de ce mode d'exploration ; et bien des fois le ruban gradué nous

indique une ampliation notable du côté de l'épanchement, lorsqu'à la simple inspection rien de semblable ne paraissait exister.

Mais ce moyen peut également faire défaut, et parmi les anomalies de la pleurésie on rencontre quelquefois l'absence d'ampliation du côté malade.

Dans un cas de ce genre, si les autres signes ne suffisaient point pour lever les doutes et si le malade éprouvait une dyspnée considérable, nous n'hésiterions pas à pratiquer une ponction exploratrice avec le trocart capillaire. L'innocuité de ce moyen est depuis longtemps démontrée, et nous avons vu dans l'observation de M. Dieulafoy, de quel important secours il peut être dans les cas de diagnostic difficile.

Nous croyons donc que, le cas échéant, la ponction aspiratrice faite avec un trocart capillaire doit être pratiquée sans scrupule.

PRONOSTIC.

Il est incontestable que l'irrégularité et l'anomalie des symptômes donnent à la pleurésie un caractère infiniment plus grave. Presque toujours en effet, les irrégularités dans les manifestations de la maladie correspondent à des dispositions anatomiques regrettables au point de vue du pronostic.

Les adhérences partielles qui fixent des lames de poumon aux parois de la poitrine supposent des cloisonnements, des brides et des anfractuosités qui, presque toujours impriment à la maladie une marche défavorable. Quant à l'abondance extrême de l'épanchement qui paraît être dans quelques cas l'une des causes de l'anomalie que nous étudions, il est évident que, toute chose égale d'ailleurs, elle est d'un fâcheux augure.

Ainsi donc, nous sommes fondés à dire que l'épanchement pleural étant reconnu, la conservation partielle ou totale, ou l'exagération des vibrations thoraciques aggrave le pronostic. Les faits que nous avons rapportés en sont la preuve, puisque tous, à une seule exception près, ils se terminent par la mort.

TRAITEMENT.

La conservation du frémissement thoracique, ne peut, au point de vue du traitement, fournir qu'une seule indication ; c'est l'utilité de la thoracentèse, qui paraît plus nettement indiquée dans ces pleurésies irrégulières et presque toujours purulentes que dans les épanchements dont la marche est conforme à un type parfaitement normal. A tous les autres points de vue, le phénomène particulier qui nous oc-

cupe ne paraît comporter aucune indication spéciale sous le rapport de la thérapeutique.

CONCLUSIONS.

1° Les vibrations thoraciques sont presque toujours abolies ou diminuées dans les cas d'épanchement pleural.

2° Les vibrations thoraciques peuvent être conservées ou même exagérées dans certains cas de pleurésie avec épanchement.

3° Les adhérences du poumon aux parois thoraciques paraissent être la cause habituelle de cette anomalie, qui, dans certains cas exceptionnels paraît résulter de l'abondance même du liquide épanché.

4° Le pronostic est plus grave dans les cas de pleurésie où les vibrations thoraciques sont exagérées ou conservées.

5° Lorsque le diagnostic est douteux on doit recourir à la mensuration de la poitrine, et, en dernier ressort, à une ponction exploratrice pratiquée à l'aide de l'aspirateur.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la digestion.

Physiologie. — De l'effort.

Physique. — Induction par les courants; appareils employés en médecine.

Chimie. — Préparation et propriétés des sulfures de potassium, de calcium, de fer, d'antimoine (kermès) et de mercure.

Histoire naturelle. — Des inflorescences. Comment les divise-t-on? Quelle est leur valeur pour déterminer des genres et des espèces?

Pathologie externe. — Des abcès du cou et de leur traitement.

Pathologie interne. — De l'hypertrophie du cœur.

Pathologie générale. — Du rôle des nerfs vaso-moteurs dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologique. — De la phlébite.

Médecine opératoire. — De la suture de l'intestin.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont la cantharide pour base.

Thérapeutique. — De la médication altérante et de ses principaux agents.

Hygiène. — De l'encombrement.

Médecine légale. — Rigidité cadavérique; phénomènes de la putréfaction modifiés suivant le milieu, le genre de mort, l'âge et les diverses circonstances.

Accouchements. — De l'inertie utérine.

Vu, le président de la thèse,
B. BALL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.